

# Raamwerk KNGF-richtlijn 'Subacromiaal pijnsyndroom (SAPS)'



## Inhoud

Initiatief.....	3
Algemene gegevens.....	3
Inleiding .....	3
KNGF-richtlijnen.....	3
Evaluatie richtlijnenagenda .....	3
Onderwerp en doel van de richtlijn.....	3
Concept-afbakening van de richtlijn.....	4
Gebruikers van de richtlijn.....	4
Participatie van de patiënten aan de ontwikkeling van de richtlijn .....	4
Participatie van fysio- en oefentherapeuten aan de ontwikkeling van de richtlijn .....	5
Participatie van andere zorgverleners, beleidsmakers en organisaties.....	5
Samenstelling van de projectgroep .....	5
Kerngroep .....	6
Werkgroep .....	6
Klankbordgroep .....	6
Partijen betrokken in de voorbereidende en commentaarfase. ....	7
Raamwerk richtlijn.....	7
Uitgangsvragen .....	7
Vorbereidingsfase-Samenvatting knelpuntenanalyse.....	8
Schriftelijke knelpuntenanalyse.....	8
Invitational conference (IC) .....	8
Focusgroep van fysio- en oefentherapeuten.....	8
Focusgroep van patiënten .....	8
Samenvatting geïnventariseerde knelpunten. ....	9
Werkgroepbijeenkomst 1 .....	9
Werkgroepbijeenkomst 2 .....	9
Klankbordgroepbijeenkomst .....	9
Vaststelling raamwerk .....	10
Bronnen .....	10
Bijlage 1. Schriftelijke knelpunteninventarisatie .....	11
Bijlage 2. Notulen invitational conference KNGF-richtlijn 'Schouderklachten' .....	21

## Initiatief

Deze richtlijn is een samenwerkingsverband tussen het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM).

## Algemene gegevens

De richtlijnontwikkeling is gefinancierd vanuit eigen financiële middelen van het KNGF en een bijdrage van de VvOCM.

## Inleiding

### KNGF-richtlijnen

KNGF-richtlijnen zijn documenten met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg (1). Deze richtlijnen worden geïnitieerd door het KNGF. De aanbevelingen zijn gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, met hierbij afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers. Richtlijnen zijn geen dwingende voorschriften. Zorgprofessionals zoals fysio- en oefentherapeuten kunnen, en in sommige gevallen moeten, afwijken van de aanbevelingen in de richtlijn, mits dit wordt gemotiveerd in het zorgdossier. Richtlijnen zijn onderdeel van de professionele standaarden en vallen daardoor ook onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

De KNGF streeft ernaar haar richtlijnen elke vijf jaar te beoordelen op actualiteit. Hiertoe raadplegen richtlijnadviseurs inhoudelijk experts, zoals (een) inhoudsdeskundig wetenschapper(s) en ervaren fysiotherapeuten. Deze beoordeling geeft nieuwe informatie en input aan de richtlijnagenda. Naar aanleiding van deze beoordeling wordt bepaald of modulaire herziening (herziening van bepaalde modules) of herziening van de gehele richtlijn (volledige herziening) nodig is en, op basis van urgentie voor herziening, wordt deze herziening hoog of laag op de richtlijnagenda geplaatst.

### Evaluatie richtlijnenagenda

In 2022 heeft er een evaluatie van de richtlijnenagenda plaatsgevonden. Op basis van deze beoordeling is er een hoge urgentie tot herziening van de het 'Evidence Statement Subacromiale klachten 2011' geconstateerd. Inhoudelijk experts gaven aan dat de terminologie en definitiebepaling binnen de zorg voor patiënten met subacromiaal pijnsyndroom (SAPS) is veranderd, waardoor er een urgentie is voor herziening. Aangezien Evidence Statements niet meer ontwikkeld worden, zou deze herziening in de vorm van een richtlijn plaats moeten vinden. Tenslotte rechtvaardigt de grote patiëntenpopulatie de ontwikkeling van een richtlijn Subacromiaal pijnsyndroom (SAPS).

## Onderwerp en doel van de richtlijn

De richtlijn richt zich primair op de fysio- en oefentherapeutische zorg bij patiënten met subacromiaal pijnsyndroom (SAPS). Zie ook hieronder de concept-afbakening van de richtlijn.

De richtlijn heeft als doel:

1. Het verhogen van de kwaliteit en doelmatigheid van de fysio- en oefentherapeutische zorgverlening aan de patiënten met subacromiaal pijnsyndroom (SAPS) die behandeld worden.
2. Het verminderen van ongewenste praktijkvariatie binnen de fysio- en oefentherapeutische zorgverlening aan de patiënten met subacromiaal pijnsyndroom (SAPS) die behandeld worden.
3. Het bevorderen van de juiste patiëntenstroom naar de juiste fysio- of oefentherapeut op het juiste moment (Juiste Zorg op de Juiste Plek) voor de behandeling van patiënten met subacromiaal pijnsyndroom (SAPS).
4. Het vergroten van de transparantie naar de buitenwereld wat goede fysiotherapeutische zorg is.

### Concept-afbakening van de richtlijn (incl. doelpopulatie)

Beoogde doelgroep: patiënten met subacromiaal pijnsyndroom (SAPS).

Onder SAPS worden alle niet-traumatische, niet-systemisch inflammatoire, meestal unilaterale schouderklachten gerekend die leiden tot pijn, veelal verergerend tijdens of na aan het heffen van de arm. Deze klachten kunnen verschillende structuren in de schouder betreffen, zoals de slijmbeurs en andere weefsels in de subacromiale ruimte, en ontstaan vaak door mechanische oorzaken.

Onder schouderklachten verstaan we pijn in de schouder/bovenarm en de regio van het schouderblad zelf, waarbij het gebied wordt begrensd door de basis van de nek, de onderkant van de schouderbladen, de wervelkolom en de elleboog.

Deze richtlijn is niet bedoeld voor de behandeling van patiënten met schouderklachten ten gevolge van:

- een “frozen shoulder”;
- geïsoleerde bicepspeespathologie;
- (posttraumatische en atraumatische) instabiliteit van het glenohumerale, sternoclaviculaire of acromioclaviculaire gewricht;
- artrose van het glenohumerale, sternoclaviculaire en acromioclaviculaire (AC) gewricht;
- neurologisch of oncologisch lijden.

En evenmin voor de behandeling van:

- patiënten met primaire intra-articulaire pathologie;
- patiënten met rupturen van de rotator cuff, waarvoor eerst een chirurgische interventie (repareerbare rupturen) noodzakelijk is;
- jonge patiënten met een volledige dikte scheur met een plotseling ontstaan, waarvoor eerst indicatie voor de orthopeed is.

### Gebruikers van de richtlijn (doelgroep)

Beoogde gebruikers van de richtlijn. Deze generieke richtlijn is primair gericht op fysiotherapeuten en oefentherapeuten die patiënten behandelen met subacromiaal pijnsyndroom (SAPS).

Secundair is de richtlijn ook relevant voor andere zorgverleners die betrokken zijn bij de begeleiding en behandeling van patiënten met subacromiaal pijnsyndroom (SAPS). Daarnaast is deze richtlijn relevant voor patiënten, beleidsmakers en andere organisaties die betrokken zijn bij de begeleiding en behandeling van patiënten met subacromiaal pijnsyndroom (SAPS).

De perspectieven, ervaringen, verwachtingen en voorkeuren van deze gebruikers (doelgroepen) worden tijdens het richtlijnproject zorgvuldig en meermaals nagegaan en meegewogen

### Participatie van de patiënten aan de ontwikkeling van de richtlijn

In de voorbereidende fase heeft Patiëntenfederatie Nederland een beschrijving van het patiëntperspectief bij richtlijnenontwikkeling aangeleverd. Daarnaast heeft er een focusgroep met 8 patiënten met schouderklachten plaatsgevonden om knelpunten vanuit het patiëntenperspectief op te halen. Deze knelpunten zijn in de knelpuntenanalyse meegenomen en meegewogen bij het vormgeven van het raamwerk.

Gedurende het gehele traject is er een werkgroep lid afgevaardigd vanuit de Patiëntenfederatie Nederland om de inbreng vanuit patiënten in dit traject te borgen, bijvoorbeeld bij het bepalen van de belangrijkste uitkomstmaten, het beschrijven van de verschillende overwegingen, het wegen van de besluiten, en de formulering van de aanbevelingen. In de ontwikkelfase zal er gebruik gemaakt worden van een patiënten panel, als er vragen zijn op het gebied van patiëntenperspectief.

Aanvullend zal de Patiëntenfederatie Nederland gevraagd worden om de richtlijn van commentaar te voorzien en te autoriseren.

Als laatste wordt in de implementatiefase beoordeeld op welke wijze de richtlijn voor de patiënten geïmplementeerd kan worden.

### Participatie van fysio- en oefentherapeuten aan de ontwikkeling van de richtlijn

In de voorbereidende fase heeft er een focusgroep met 7 fysio- of oefentherapeuten die patiënten met schouderklachten behandelen plaatsgevonden om knelpunten vanuit het werkveld op te halen. Deze knelpunten zijn in de knelpuntenanalyse meegenomen en meegewogen bij het vormgeven van het raamwerk.

Gedurende het gehele traject hebben er fysio- en oefentherapeuten deelgenomen in de werk- en klankbordgroep op persoonlijke titel ofwel vanuit afvaardiging van een (beroepsinhoudelijke) vereniging, bijvoorbeeld bij het prioriteren van de knelpunten, het beschrijven en wegen van de verschillende overwegingen en de formulering van de aanbevelingen.

Aanvullend worden dezelfde (beroepsinhoudelijke) verenigingen gevraagd om de richtlijn van commentaar te voorzien. Ook wordt er een werkveldronde-raadpleging onder fysio- en oefentherapeuten uitgevoerd om te toetsen of de conceptrichtlijn in de praktijk toepasbaar is.

Als laatste wordt in de implementatiefase beoordeeld op welke wijze de richtlijn voor de fysio- en oefentherapeuten geïmplementeerd kan worden.

### Participatie van andere zorgverleners, beleidsmakers en organisaties

In de voorbereidende fase heeft er een invitational conference plaatsgevonden waarbij deze partijen zijn gevraagd voorafgaand schriftelijk en tijdens de bijeenkomst knelpunten aan te leveren en toe te lichten. Deze knelpunten zijn in de knelpuntenanalyse meegenomen en meegewogen bij het vormgeven van het raamwerk. Gedurende het gehele traject zijn er leden van deze partijen afgevaardigd in de werk- of klankbordgroep, die bijdragen aan of adviseren in het prioriteren van de knelpunten, het beschrijven en wegen van de verschillende overwegingen en de formulering van de aanbevelingen. Aanvullend worden dezelfde partijen gevraagd om de richtlijn van commentaar te voorzien en te autoriseren.

### Samenstelling van de projectgroep

Voor elk richtlijntraject wordt een projectgroep samengesteld. Deze bestaat uit een kerngroep, werkgroep, klankbordgroep en onafhankelijk voorzitter. Hieronder volgt een beschrijving van deze projectgroep. Voor een uitgebreide omschrijving, zie de [KNGF-richtlijnenmethodiek](#) (1).

De **kerngroep** bestaat uit richtlijnadviseurs en inhoudsdeskundig wetenschappers.

De richtlijnadviseur is verantwoordelijk voor de planning en de financiën, en voor de verdere organisatie en coördinatie van het richtlijnproces, en wordt geacht een specifieke richtlijn en de aanvullende producten en bijlagen binnen het gestelde budget en de gestelde periode en kwaliteitseisen op te leveren. Als richtlijnmethodoloog adviseert de richtlijnadviseur het bestuur over het richtlijnenbeleid, is hij/zij verantwoordelijk voor het methodologisch proces van een specifieke richtlijn en adviseert hij/zij de werkgroep over de interpretatie van de gevonden literatuur.

De inhoudsdeskundig wetenschapper(s) zijn wetenschappelijk onderzoekers op het onderwerp van de richtlijn. Deze wetenschapper is – samen met de betrokken richtlijnadviseur – verantwoordelijk voor het ontwikkelproces van een specifieke richtlijn, waaronder de systematische literatuuronderzoeken, de begeleiding van de bijeenkomsten van de werkgroep en de klankbordgroep en uiteindelijk, de oplevering van de richtlijn.

Tijdens het traject wordt de werkgroep ondersteund door een ‘Just-In-Time(JIT)- training’, welke wordt geleid door een **projectleider**. De training is ontworpen in samenwerking met de Universiteit van Maastricht, NHG, Kennisinstituut van de FMS, V&Vn en Akwa GGZ. Deze training geeft de werkgroepleden de benodigde handvatten om hun taken uit te voeren tijdens het traject. Het just-in-time element zorgt ervoor dat de werkgroepleden op het juiste moment de begeleiding krijgen die nodig is voor hun (volgende) taak. De training bestaat uit online voorbereiding afgestemd op de taken die uitgevoerd dienen te worden voor de bestaande richtlijn bijeenkomsten.

De werkgroep en klankbordgroep van de KNGF-richtlijn 'Subacromiaal pijnsyndroom (SAPS)' bestaan uit een afvaardiging van inhoudsdeskundigen op het gebied van schouderklachten, vertegenwoordiging vanuit het werkveld fysio- en oefentherapie, (para-)medici en vertegenwoordiging van patiënten. Het KNGF tracht in de werk- en klankbordgroep een gebalanceerde vertegenwoordiging samen te stellen die representatief is voor de personen en partijen die betrokken zijn bij de zorg voor patiënten met subacromiaal pijnsyndroom (SAPS).

De **werkgroep** is verantwoordelijk voor de uitwerking van uitgangsvragen tot een aanbeveling en de besluitvorming. Naast de werkgroep wordt voor de ontwikkeling van de richtlijn een klankbordgroep samengesteld.

De leden van de **klankbordgroep** adviseren de werkgroep op relevante onderdelen van de richtlijn. Zie voor een verder toelichting van de rollen en taken.

Ook is er voor de begeleiding van de bijeenkomsten een **onafhankelijk voorzitter** in dit project aangetrokken.

Voorafgaand aan het project hebben alle werkgroepleden en klankbordgroepleden een belangenverklaring ingevuld. De belangenverklaringen zijn beoordeeld door de richtlijnadviseurs en waar nodig worden passende maatregelen getroffen.

Hieronder worden de leden van de projectgroep genoemd:

#### Kerngroep

1. Mw. D. Conijn, MSc, projectleider, richtlijnadviseur, medior beleidsmedewerker KNGF;
2. Dhr. dr. T. van Kernebeek, richtlijnadviseur, medior beleidsmedewerker KNGF;
3. Mw. M.D. Simon-Konijnenburg, MSc, richtlijnadviseur, beleidsmedewerker VvOCM;
4. Mw. K.M.C. Hekman, MSc, inhoudsdeskundig wetenschapper KNGF;
5. Dhr. Prof. dr. B.W. Koes, inhoudsdeskundig wetenschapper Radboudumc.

#### Projectleider JIT-training

Mw. C.A. de Mortier, PhD-kandidaat, projectleider JIT-training;

#### Werkgroep

1. Dhr. Prof. dr. P.J. van der Wees, onafhankelijk voorzitter.
2. Dhr. P.J. Glashouwer, MSc, fysiotherapeut, inhoudsdeskundige;
3. Dhr. N.E. D'Hondt, MSc, fysiotherapeut, inhoudsdeskundig wetenschapper VU Amsterdam/Hogeschool Utrecht;
4. Mw. drs. Y. de Leeuw-van Zaanen, fysiotherapeut, afgevaardigde Nederlandse Vereniging voor Bedrijfs- en arbeidsfysiotherapeuten (NVBF);
5. Mw. L. Pauw, oefentherapeut, afgevaardigde Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM);
6. Dhr. dr. D. van Poppel, fysiotherapeut, afgevaardigde Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg (NVFS);
7. Mw. dr. M. de Graaf, fysiotherapeut, afgevaardigde Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT);
8. Mw. dr. A.C. Kok-Pigge, huisarts, afgevaardigde Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG);
9. Dhr. dr. J.J.A.M. van Raaij, orthopeed, afgevaardigde Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV);
10. Dhr. R. Alberts, fysiotherapeut, afgevaardigde Patiëntenfederatie Nederland.

#### Klankbordgroep

1. Dhr. dr. G.A. Koel, fysiotherapeut, inhoudsdeskundige;
2. Dhr. E.A.H.D. Duijn, fysiotherapeut, inhoudsdeskundige;
3. Mw. S.A.J.M. Vos, oefentherapeut, afgevaardigde Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM);

4. Mw. A.M.J. Baars, fysiotherapeut, afgevaardigde Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuis Fysiotherapie (NVZF);
5. Dhr. drs. H.K. van der Kolk, fysiotherapeut, afgevaardigde Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG);
6. Dhr. J. Stubbe, MSc, fysiotherapeut, afgevaardigde Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Kinesitherapeuten (WVVK);
7. Mw. F. Potijk, MSc, fysiotherapeut, afgevaardigde Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie binnen de Lymfologie en Oncologie (NVFL);
8. Mw. R. Janssen, ergotherapeut, afgevaardigde Ergotherapie Nederland.

Partijen betrokken in de voorbereidende en commentaarfase.

Naast de partijen die betrokken zijn in de projectgroep, zijn er ook partijen die enkel in de voorbereidende fase en commentaarfase betrokken zijn. Deze partijen leveren knelpunten aan en/of geven commentaar op de conceptrichtlijn in de commentaarfase.

De volgende partijen zijn op deze wijze betrokken in dit richtlijntraject:

1. Het Wetenschappelijk College Fysiotherapie (WCF);
2. Het Studierichtingsoverleg Fysiotherapie (SROF).

## Raamwerk richtlijn

### Uitgangsvragen

De volgende uitgangsvragen zijn door de projectgroep in de voorbereidende fase geprioriteerd en worden beantwoord in de richtlijn:

Uitgangsvraag	
1	Wat is de beste indeling van schouderklachten om de multidisciplinaire samenwerking bij patiënten met SAPS te bevorderen
2	Wat is de beste indeling in de 'fysio- of oefentherapeutische diagnose(s)' bij patiënten met SAPS?
3*	Welke prognostische variabelen zijn belangrijk voor het inschatten van het beloop van pijn en functioneren bij mensen met schouderklachten op de korte en (middel) lange termijn?
4	Wanneer is fysio- of oefentherapie geïndiceerd en wanneer niet bij mensen SAPS en op basis van welke criteria is het aanbevolen om mensen met SAPS terug te verwijzen naar de huisarts of behandelend specialist?
5*	Wat is de meerwaarde van educatie/coaching door de fysio- of oefentherapeut bij patiënten met SAPS in vergelijking met geen behandeling, usual care of andere conservatieve behandelingen en welke effectieve onderdelen/types worden hierbij beschreven?
6*	Wat is de meerwaarde van manuele interventies bij patiënten met SAPS in vergelijking met geen behandeling, usual care, placebo of sham-behandeling of andere conservatieve behandelingen?
7*	Wat is de meerwaarde van oefentherapie (inclusief krachttraining, functionele training, motor control oefeningen en duurvermogen) bij patiënten met SAPS in vergelijking met geen behandeling, usual care of andere conservatieve behandelingen?
8*	Wat is de meerwaarde van dry-needling bij patiënten met SAPS in vergelijking met geen behandeling, usual care, placebo of sham-behandeling of andere conservatieve behandelingen?
9	Wanneer wordt de fysio- of oefentherapeutische behandeling van patiënten met SAPS beëindigd (stopcriteria)?
*Deze uitgangsvraag wordt via een systematisch literatuuronderzoek uitgewerkt.	

De volgende uitkomstmaten worden hierbij aangehouden: pijn, functioneren in ADL, kwaliteit van leven.

Overige knelpunten die in de voorbereidende fase (feb-mei 2024) zijn opgehaald zijn door de projectgroep niet geprioriteerd en zullen geen onderdeel van de richtlijn zijn. Voor een toelichting op het proces, en ook de totstandkoming van de afbakening, zie hieronder.

## Vorbereidingsfase-Samenvatting knelpuntenanalyse

De knelpuntenanalyse krijgt vorm door een raadpleging van fysio- en oefentherapeuten, patiënten en stakeholders die voor de richtlijn relevant zijn, door het systematisch bevragen van de werkgroep en de klankbordgroep, en door vanuit de literatuur (geaggregeerde) informatie over het onderwerp van de richtlijn te verzamelen, om op basis van al deze informatie een knelpuntenanalyse uit te kunnen voeren. Vanuit al deze informatie worden knelpunten geïnventariseerd en geanalyseerd, die de basis vormen voor de uitgangsvragen van de richtlijn (1).

De activiteiten en methoden die de kerngroep in de KNGF-richtlijn Schouderklachten/SAPS daartoe heeft geselecteerd, zijn afgestemd op de betreffende richtlijn en de beschikbaarheid van de partijen binnen de looptijd van de voorbereidingsfase en bestonden uit:

1. een schriftelijke knelpuntenanalyse;
2. een invitational conference;
3. een focusgroep van fysio- en oefentherapeuten;
4. een focusgroep van patiënten;
5. twee werkgroepbijeenkomsten;
6. een klankbordgroepbijeenkomst;
7. een oriënterend literatuuronderzoek.

De voorbereidende fase, waarin de knelpuntenanalyse heeft plaatsgevonden, vond tussen 1 februari 2024 en 1 juni 2024 plaats.

### Schriftelijke knelpuntenanalyse (februari 2024)

Partijen en inhoudelijk experts die betrokken zijn bij de KNGF-richtlijn 'Subacromiaal pijnsyndroom (SAPS)' zijn voorafgaand aan de invitational conference uitgenodigd om schriftelijk de drie belangrijkste knelpunten in de zorg aan te leveren. Deze zijn samengevat en voorafgaand aan de invitational conference meegestuurd aan de aanwezige deelnemers. Zie bijlage 1 voor de opgehaalde knelpunten.

### Invitational conference (IC) (5 maart 2024)

Tijdens de invitational conference zijn de knelpunten opnieuw geïnventariseerd onder de aanwezige partijen en experts. Daarnaast is er gekeken of de knelpunten herkenbaar waren voor de partijen en experts en samengevat.

De belangrijkste knelpunten in de IC vanuit de (niet fysio- of oefentherapeutische) partijen waren gericht op de interventievraagstukken en de daarbij komende praktijkvariatie. De fysio- en oefentherapeutische partijen in de IC hebben knelpunten aangeleverd die zich meer richten op de diagnostiek, prognose en organisatie van zorg.

Zie bijlage 2 voor de notulen van de Invitational Conference.

### Focusgroep van fysio- en oefentherapeuten (11 maart 2024)

Tijdens de focusgroep zijn de knelpunten opnieuw geïnventariseerd onder de aanwezige fysio- en oefentherapeuten vanuit het werkveld. Daarnaast is er gekeken of de beschikbare knelpunten herkenbaar waren voor de fysio- en oefentherapeuten en samengevat. De belangrijkste knelpunten werden ervaren op het gebied van interventie en organisatie van zorg. Er is veel praktijkvariatie waargenomen en therapeuten geven aan dat zij minder behoefte hebben aan specifieke handvatten op prognostiek en diagnostiek.

### Focusgroep van patiënten (18 maart 2024)

Tijdens de focusgroep zijn de knelpunten opnieuw geïnventariseerd onder de aanwezige patiënten. Daarnaast is er gekeken of de beschikbare knelpunten herkenbaar waren voor de patiënten en samengevat. Ook is er specifiek gekeken naar de belangrijke patiëntgerelateerde uitkomstmaten. De belangrijkste knelpunten werden ervaren op het gebied van organisatie van zorg en op de therapeut-patiënt relatie.



Samenvatting geïnventariseerde knelpunten.

Het viel op dat er verschillen bestaan tussen de diverse doelgroepen, namelijk inhoudelijk experts, verwijzende partijen, fysio- en oefentherapeuten in het werkveld en patiënten in de prioritering van knelpunten.

Zo hebben de verwijzende partijen en het werkveld meer geprioriteerde knelpunten gericht op interventievraagstukken, veroorzaakt door ongewenste praktijkvariatie. Beiden weerspiegelen de praktijkvariatie die ervaren wordt in het werkveld. De aanwezigen op de invitational conference hebben meer geprioriteerde knelpunten op het gebied van begripsbepaling en prognostiek. Een verklaring hiervoor kan gevonden worden in dat de afgevaardigden meer (wetenschappelijke) kennis, expertise en interesse hebben en mogelijk geen representatieve afspiegeling van het werkveld waren. Deze experts zijn mogelijk meer geïnteresseerd naar nieuwe aangrijpingspunten voor het inrichten van de therapie.

Vanuit de patiënten wordt er meer nadruk gelegd op de organisatie van zorg en op de therapeut-patiënt relatie. Zie bijlage 2 voor alle opgehaalde knelpunten.

Werkgroepbijeenkomst 1 (10 april 2024)

Voorafgaand en tijdens de eerste werkgroepbijeenkomst zijn de werkgroepleden geïnformeerd over het richtlijnontwikkelproces, zijn er werkafspraken gemaakt en is er kennis gemaakt d.m.v. het doorlopen van de JIT-training module 1.

Daarnaast is de werkgroep voorafgaand schriftelijk geïnformeerd over de bestaande knelpunten en de discrepanties tussen de verschillende doelgroepen en partijen door de kerngroep. Ook heeft de kerngroep de werkgroep geïnformeerd over de beschikbare literatuur (n.a.v. een oriënterend literatuuronderzoek) en belangrijke beleidslijnen en de gebruikte richtlijnenmethodiek.

In deze bijeenkomst heeft een voorlopige prioritering van de knelpunten plaatsgevonden op basis van aangeleverde knelpunten en de samenvatting. Deze prioritering was echter beperkt tot het onderwerp 'Schouderklachten'.

Werkgroepbijeenkomst 2 (24 april 2024)

Voorafgaand en tijdens de eerste werkgroepbijeenkomst zijn de werkgroepleden geïnformeerd over hoe de knelpunten vertaald worden naar uitgangsvragen d.m.v. de JIT-module 2.

Tijdens deze werkgroep vergadering is besloten om het onderwerp van de richtlijn af te bakenen tot het onderwerp 'Subacromiaal pijnsyndroom (SAPS)'. Redenen hiervoor zijn dat het begrip en onderwerp 'Schouderklachten' als te omvangrijk werd gezien. Dit belemmert het richtlijnproces, maar vooral ook het klinisch redeneerproces in de dagelijkse praktijk van de therapeut. Daarnaast wordt door middel van het kiezen van het onderwerp aangesloten bij de indeling die gehanteerd wordt bij de FMS en NHG. Ook kan de richtlijn hierbij het KNGF evidence statement SAPS vervangen, wat mede een aanleiding was voor de totstandkoming van de richtlijn. Als laatste reden wordt aangedragen dat SAPS een grote populatie beslaat in de praktijk van de fysio- of oefentherapeut.

Een nadeel is echter wel dat er nog veel onduidelijkheid bestaat over het begrip SAPS. Er is nog veel onduidelijkheid en discussie over de werkingsmechanismen, pathologie en ook hoe men tot een indeling t.a.v. de fysio- oefentherapeutische diagnose zou kunnen komen in de werkgroep. Hiertoe zijn dan ook twee additionele uitgangsvragen opgenomen (UGV 1&2), die tijdens de ontwikkelfase worden uitgewerkt. We hebben het daarom ook over een concept-afbakening, die in dit raamwerk wordt beschreven. Er is voorlopig gekozen om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de nationale begripsvorming rondom SAPS.

Ook heeft er tijdens deze werkgroep een definitieve prioritering van de knelpunten plaatsgevonden.

Daarnaast is er op basis van de geprioriteerd op knelpunten een vertaalslag gemaakt naar de uitgangsvragen, inclusief PICO.

Klankbordgroepbijeenkomst (14 mei 2024)

Voorafgaand aan de klankbordgroepbijeenkomst zijn de klankbordgroepleden geïnformeerd over de geprioriteerde knelpunten en de daarbij geformuleerde uitgangsvragen. De klankbordgroep is gevraagd om hierop advies te geven, welke verwerkt is in het definitieve raamwerk.

Vaststelling raamwerk

De werkgroep heeft op basis van de adviezen van de klankbordgroep het raamwerk aangepast en definitief vastgesteld.

#### Bronnen

1. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, Vreeken H, Van Doormaal MCM, Conijn D, Meerhoff G, Swart N. KNGF-richtlijnenmethodiek: ontwikkeling en implementatie van KNGF-richtlijnen, versie 3 Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF); 2022 [Available from: <https://www.kngf.nl/kennisplatform/richtlijnen>].

### Bijlage 1. Schriftelijke knelpunteninventarisatie

Nr.	Knelpunt	Partij					Respons	
			Werkingsmechanisme	Diagnostisch	Prognostische	Organisatie van zorg		Interventie
1	1. het probleem van zwakke of matige evidence van klinische studies/trials en dat huidige evidence statements wel sterke conclusies lijken te trekken richting bepaalde therapie of behandeling. Voorkeuren van de schrijvers lijken hierin naar voren te komen helaas.	Peter Glashouder						We hanteren in deze richtlijn de KNGF-richtlijnenmethodiek (2022). KNGF-richtlijnen zijn documenten met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg. De aanbevelingen zijn gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, met hierbij afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers. Als er geen wetenschappelijke evidentie is, of er wordt besloten de uitgangsvraag via expert opinion te beantwoorden, wordt dit inzichtelijk beschreven in de methode van het beantwoorden van de uitgangsvraag, zodat eenieder dit mee kan wegen. Dit knelpunt zal wel meegegeven worden aan de werkgroep in de besluitvorming op welke wijze de uitgangsvragen beantwoord dienen te worden.
	<i>Toelichting: hanteerbaarheid voor de gebruiker. indien evidentie ontbreekt dan beschrijving van de expert opinion. Dan evt. Delphi studies hanteren. Frozen shoulder wegblijven van mechanisme specifiek behandelen. Geen gebruik maken van beschreven evidentie, maar meer uitzoomend in logisch verstand. Prognostische studies werken niet in het veld, psychosociale variabelen, zeer individueel bepaald. Niet in grote groep te meten prognostisch.</i>							
2	2. Als gevolg van 1) lijken de huidige factsheet en richtlijn diagnostiek en therapieën voor te schrijven op basis van wat wordt beschouwd als "best practices" of "expert consensus", omdat er geen sterk bewijs is om hun beslissing te ondersteunen terwijl deze omstrede kunnen zijn. Dit mond uit in kookboek fysiotherapie.	Peter Glashouder						Zie respons op knelpunt 1.

3	1. Schouderklachten na de medische behandeling van een mammacarcinoom, hierbij denkend aan een chirurgische interventie , systemische therapie en/of radiotherapie	NVFL					1
4	2. Schouderklachten na de medische behandelingen gericht op oncologische problematiek of ten gevolge van de oncologische problematiek , hierbij denkend aan een chirurgische interventie , systemische therapie en/of radiotherapie	NVFL					1
5	3.Losse knelpunten. SAPS is onhandige term die niet meer gebruikt dient te worden. Daarnaast zijn AC gerelateerde problemen veel meer prominent aanwezig op onze schouderpoli dan nu genoemd. Maar het belangrijkste is dat schouderblad functie i.r.t. klachtenprovocatie nu niet helder in beeld is. Algemene probleem hierbij is dat er veel testen die een diagnose moeten stellen maar geen duidelijk beeld geeft over een pathomechanisme. Dit laatste vergt omscholing van gedachtengoed want dit vinden therapeuten erg lastig maar is wel nodig om behandeling te kunnen geven op maat.	Peter Glashouder	1	1			
6	1. Is het mogelijk om afgebakende populatie subpopulaties te maken indien beleid hierdoor wijzigt. En zo ja, welke (functionele) sub-classificaties zouden dan zinvol zijn? Dit kan mogelijk op basis pathologie (bv forse calcificatie?) of klinisch beeld (bv hoge mate van reactiviteit/pijn).	NVFS		1	1		

7	2.Het is duidelijk dat SP-patiënten een gezondheidsprobleem ervaren met aanwezige disfuncties (naast somatisch ook mentaal, cognitief en procesmatig). Hoe maken professionals een enigszins herkenbare en gedragen multimodale analyse?	Gerard Koel		1	1			
	<i>Toelichting: Zonder multimodale, door de professionals en patiënt aanvaarde, analyse met daaraan gekoppelde plan van aanpak, blijft het aanmoderen. Iedereen doet zijn best maar de complexiteit maakt dat het er niet beter van wordt. Dat moet beter!</i>							
8	3. Systematisch aandacht voor rode vlaggen! Kan deels aansluiten op eerste knelpunt.	WvVK		1	1			
9	1. Er is enorm veel variatie in diagnostische labels en diagnostische testen in de schouderregio. Het is voor de clinicus zeer ingewikkeld om te kunnen kiezen in de bruikbaarheid van termen en (aanvullende) testen. Verschil tussen diagnostische pathofysiologische labels, functionele diagnostiek of klasseren naar prognostische risicoprofielen.	NVMT		1	1			
10	2.Het lijkt er op dat de fysiotherapeut meestal reactief grijpt naar oefenen, 'krachttraining' en mobiliseren als oplossing voor het gezondheidsprobleem van de client, zonder dat de kern van het gezondheidsprobleem wordt begrepen. Het is onduidelijk welke therapie superieur is voor welk diagnostisch label en hoe zwaar de bewijskracht is vanuit wetenschappelijk oogpunt (bij het evidence based statement)	NVMT		1	1			

11	1. Diagnostiek Schouderklachten	NVZF		1	1			
	<i>Toelichting: in de praktijk vinden fysiotherapeuten het over het algemeen moeilijk om tot een juiste diagnose voor de schouderklachten te komen. Aangezien de diagnose mede bepaalt welke behandelingen te overwegen zijn gaat het hier vaak mis. Kunnen we meer handvatten geven d.m.v. patroonherkenning, painmapping etc.</i>							
12	1. Diagnostiek: - De beperkte diagnostische waarde van anamnese en fysische diagnostiek bij schouderklachten, welke aspecten zijn onderscheidend voor de verschillende diagnoses van schouderklachten? - Wat is de plaats van aanvullende diagnostiek: wanneer wel/niet verwijzen? - Echografie wordt steeds vaker in de 1e lijn gedaan: is dat de juiste plaats voor deze aanvullende diagnostiek? - Bij veel (chronische) schouderklachten is oefentherapie/behandeling gericht op hele schouderketen: in hoeverre is het überhaupt relevant om een specifieke (structuur)diagnose te hebben? - Er zijn veel schouder testen binnen het lichamelijk onderzoek, maar welke (combinatie van) testen is voldoende sensitief en specifiek om een diagnose te stellen / post-test waarschijnlijkheid. Bijv. voor diagnose SAPS en schouderinstabiliteit, is hier überhaupt een uitspraak over te doen? - Verheldering / consensus over de term 'schouder dyskinesie', als in, een klinisch kenmerk van een onderliggend pathologisch substraat en niet een op zichzelf staande aandoening. - Meer in het algemeen: afstemmen met FMS SAPS richtlijn SAPS (wel oud, uit 2013.) en de NHG standaard schouderklachten.	VSG		1	1			
13	1. Diagnostisch: wat verstaan we onder SAPS en welke aandoeningen behoren tot deze definitie wel/niet.	Edwin Duijn	1					

	<i>Toelichting: gebruiken we de definitie van Dierckx,2014</i>						
14	2. Diagnostisch: Heeft echografie een plaats gekregen? De uitkomst kan het therapeutisch proces beïnvloeden namelijk en helpen in het verduidelijken van aandoeningen die behoren tot de definitie SAPS	Edwin Duijn		1			
15	3. Prognostische factoren zijn factoren die als de schouderklachten aanwezig zijn, het beloop bepalen. Prognostische factoren maken het mogelijk in te schatten welk plan van aanpak voor die SP-patiënt geschikt is.	Gerard Koel			1		
	<i>Toelichting: Probeer eenduidigheid te krijgen over de prognostische factoren; daar zitten een aantal niet-beïnvloedbare factoren bij (leeftijd, comorbiditeit, ernst van de klachten bij aanvang, klachtenduur etc.) maar ook wel-beïnvloedbare factoren (angst, zelfredzaamheid, te weinig kracht, te weinig mobiliteit, onvoldoende zelfredzaamheid etc.). Laten we die factoren eens op heldere wijze samenstellen en ze meenemen in een poging de zorg aan de ene kant beheersbaar te houden maar aan de andere kant wel patiënt-specifiek te maken.</i>						
16	1.Hoe baken je conservatieve therapie af t.o.v. chirurgische interventie? - Welke klinische signalen zijn doorslaggevend?	WvVK			1		
17	2. Prognose - Prognose over de duur en kans op herstel van (chronische) schouderklachten is moeilijk, maar zowel relevant om een adequaat revalidatie/oefentraject in te richten, als verwachtingsmanagement naar patiënten toe.	VSG			1		
18	1.Het is duidelijk dat de meeste SP-patiënten (80%) in de eerste lijn behandeld dienen te worden. Slechts een klein deel van de SP-patiënten heeft onderzoek en interventies nodig die in de tweede lijn gegeven worden. Helaas is de samenwerking tussen HA en FT matig. Bijvoorbeeld: de HA kiest o.b.v. de NHG-standaard voor	Gerard Koel				1	

	afwachtend beleid terwijl langere klachtduur een ongunstige prognostische factor is.						
19	<i>Toelichting: De samenwerking tussen HA en FT moet verbeteren. De standaarden en richtlijnen zijn er maar veel HA zijn ten onrechte niet erg geïnteresseerd in gezondheidsproblemen als gevolg van disfuncties in het bewegingsapparaat en evalueren hun samenwerking met fysiotherapeuten als matig. Komt er straks een POH-bewegingsapparaat? Een ESS'er naast de HA? Gaan FT-praktijken consulten beschikbaar stellen om HA te helpen met diagnostiek &amp; prognostiek? Gaat KNGF dat faciliteren?</i>						
20	3.Communicatie tussen verschillende zorgverleners: gebrek aan eenheid in taal, storende hiërarchische verhouding, logistieke problemen	NVMT			1		
21	3 Wanneer en op basis waarvan wordt besloten om overige zorgdisciplines in een behandeltraject te betrekken danwel waar wordt de keus gemaakt om niet mono- maar multidisciplinair te behandelen of te bepalen dat er geen indicatie (meer) is voor een Ft traject?	NVFS			1		
22	3. Wanneer (terug) verwijzen	NVZF			1		
	<i>Toelichting: OP onze schouderpoli valt op dat sommige fysiotherapeuten het lastig te beoordelen vinden wanneer patiënt (terug) verwijzen naar specialist ? Bepaalde patiënten zien we 'onnodig' (denk aan bijv. oudere pten met degen cufflaesie/ruptuur prox biceps of pt met sublaxaties bij laxiteit zonder dat ze uitgebreid fysio</i>						



	<i>gehad hebben) Kortom weet elke fysio wanneer zelf te gaan/ blijven behandelen en wanneer specialist te raadplegen?</i>						
23	2.Voor de fysiotherapeut is het onduidelijk wanneer samenwerken met of doorverwijzen naar de bedrijfsarts (en bedrijfsfysiotherapeut) geïndiceerd is. Er ontbreekt bijvoorbeeld een meetinstrument of criteria voor snelle screening door de behandelend fysiotherapeut.	NVBF				1	
24	3. Verwijzing patiënt met cuffruptuur door fysio naar orthoed. Timing, indicatie etc.	NOV				1	
25	2.De uitwerking van concrete instructies voor de uitvoering en opvolging van de thuisoefentherapie.	WvVK				1	
26	2. Welke FT/OT-interventies zijn in generieke zin zinvol (evidence- of practice based) bij schouderklachten en zijn er binnen subpopulaties nog specifieke interventies die uitgevoerd kunnen worden?	NVFS				1	
27	2. Scapulacoördinatie	NVZF				1	

	<i>Toelichting: Een goede (scapula)coördinatie/ statiek is bij het behandelen van de schouderklachten van groot belang. Bemerkt dat dit in de praktijk nog wel eens onderschat wordt en niet altijd meegenomen in de behandeling.</i>						
28	3. Behandeling - Wat is de beste opbouw van oefentherapie bij een schouderblessure/ per schouderblessure? - Welke fysiotherapeutische behandelingen zijn naast oefentherapie wetenschappelijk bewezen van meerwaarde bij een schouderblessure. - Wordt er in de praktijk onderscheid gemaakt tussen het verbeteren van ROM van de schouder en versterken rotator cuff/verbeteren van de stabiliteit? - Is er wetenschappelijk onderbouwing voor het verbeteren van aansturing/kinetic rondom schouder.	VSG					1
29	1. Uitkomsten op arbeidsparticipatie bij schouderklachten worden onvoldoende/niet meegenomen binnen de fysiotherapie, ondanks dat er evidence is voor een positief effect van (kracht)oefeningen op zowel klachten als arbeidsparticipatie bij werkenden met schouderklachten. Denk bijvoorbeeld aan uitkomsten als: herstel van werkvermogen (work ability, productivity), aan het werk blijven (stay at work), terugkeer naar werk (return to work).	NVBF					1
30	3. De effectiviteit van interventies op de werkplek door de fysiotherapeut (=bedrijfsfysiotherapie*) op het herstel van schouderklachten is onvoldoende geaggregeerd in kaart gebracht, terwijl schouderklachten frequent voorkomen bij werkenden, veroorzaakt kunnen zijn door werk of beperkend ervaren worden voor het uitvoeren van werk. *(gecombineerde interventie gericht op zowel de arbeidsbelasting als de belastbaarheid van de patiënt, relevantie: van de gerapporteerde beroepsziekten aan het bewegingsapparaat in 2022 zijn schouderklachten de meest voorkomende=24% )	NVBF					1
31	3. Therapeutisch: Oefentherapie welk wetenschappelijk fundament is hiervoor?	Edwin Duijn					1
32	1. Fysiotherapie bij schouderarthrose	NOV					1

33	2.Fysiotherapie bij frozen shoulder	NOV					1	
34	1. Het geringe inzicht van patiënten in de invloed van dagelijkse handelingen en houdingen op schouderklachten (laag lichaamsbewustzijn): computer-, laptop- en gsmgebruik, zit/werkhouding, slaaphouding/slaaphygiëne.	VvOCM					1	
35	2. Er is praktijkvariatie in de mate waarin therapeuten in de behandeling aandacht geven aan houding en uitvoering van dagelijkse activiteiten (zie punt 1) m.b.t. schouderklachten.	VvOCM					1	
36	3. Het is onduidelijk wat het therapeutisch beleid zou moeten zijn bij: uitstralende pijn (naar hoofd of naar vingers), beknelling van de pectoralis, krachtsverlies in de handen of beweegangst?	VvOCM					1	
37	samenwerking: behoefte aan duidelijke afspraken tussen huisarts en fysiotherapeut, tav o.a. 1) evt. diagnostiek door de fysiotherapeut (terugkoppeling, op verzoek (ook zonder verdere behandeling?), 2) terugkoppeling van bevindingen die duiden op een aandoening waar (invasieve) behandeling een voordeel biedt t.o.v. een afwachtend beleid (barbotage, cuff repair); 3) Frozen shoulder (bijv. coördinatie timing injectie en (her)start fysio)	NHG				1		
38	Formulering van de aanbevelingen cf. GRADE. Expert opinion verdient een zekere mate van nuancering	NHG						We hanteren in deze richtlijn de KNGF-richtlijnenmethodiek (2022). KNGF-richtlijnen zijn documenten met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de fysiotherapeutische zorg. De aanbevelingen zijn gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, met hierbij afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers. Als er geen wetenschappelijke evidentie is, of er wordt besloten de uitgangsvraag via expert opinion te beantwoorden, wordt dit inzichtelijk beschreven in de methode van het beantwoorden van

								de uitgangsvraag, zodat eenieder dit mee kan wegen. Dit knelpunt zal wel meegegeven worden aan de werkgroep in de besluitvorming op welke wijze de uitgangsvragen beantwoord dienen te worden.
39	Voldoende aandacht voor de signalerende functie van de fysiotherapeut m.b.t. 1) het meespelen van AC, SC, CWK klachten in het ontstaan en onderhouden van schouderklachten, 2) het signaleren en adresseren van chronische pijn.	NHG				1		
40	Welke indeling van schouderklachten verdient de voorkeur (lokalisatie, of meer op basis van bijv. inflammatie, degeneratie); maw is dit helpen tav het bepalen van beleid	NHG		1	1			
41	Echografie door de fysiotherapeut: timing in het beloop, indicaties (en wanneer door de radioloog)?	NHG		1		1		
	Totaal:		2	11	11	9	14	

## Bijlage 2. Notulen invitational conference KNGF-richtlijn 'Schouderklachten'

**Datum:** 5 maart 2024  
**Tijd:** 18.30-21.00 uur  
**Locatie:** (online) Teams

**Aanwezig:** Kerngroepleden:  
1. Daniëlle Conijn, Projectleider, richtlijnadviseur KNGF;  
2. Tim van Kernebeek, Sec. projectleider, richtlijnadviseur KNGF;  
3. Karin Hekman, Inhoudsdeskundig wetenschapper;  
4. Bart Koes, Prof. dr., Inhoudsdeskundig wetenschapper;  
5. Philip van der Wees, Prof. dr. Onafhankelijk voorzitter.

Werkgroep:  
1. Peter Glashouwer, Inhoudsdeskundige en fysiotherapeut;  
2. Yvonne de Leeuw-van Zaanen; afgevaardigde Nederlandse Vereniging voor Bedrijfs- en arbeidsfysiotherapeuten (NVBF);  
3. Trui Hanssens (niet participerend); afgevaardigde Nederlandse Vereniging voor Bedrijfs- en arbeidsfysiotherapeuten (NVBF);  
4. Léonie Pauw; afgevaardigde Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM);  
5. Dennis van Poppel; afgevaardigde Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg (NVFS);  
6. Marloes de Graaf; afgevaardigde Nederlandse Vereniging voor Manuele Therapie (NVMT);  
7. Jos van Raaij; afgevaardigde Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV);  
8. Tijmen van Wiltenburg; beleidsmedewerker Patiëntenfederatie Nederland.

Klankbordgroep:  
1. Gerard Koel (vanaf 19.00 uur), Inhoudsdeskundige (SNN) en fysiotherapeut;  
2. Edwin Duijn, Inhoudsdeskundige en fysiotherapeut;  
3. Jonah van de Kloot Meijburg, afgevaardigde Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuis Fysiotherapie (NVZF);  
4. Rik van der Kolk, afgevaardigde Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG);  
5. Jasper Stubbe, afgevaardigde Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Kinesitherapeuten (WVvVK);  
6. Froukje Potijk, afgevaardigde Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie binnen de Lymfologie en Oncologie (NVFL);  
7. Ivo Haas; afgevaardigde Studie-Richtings-Overleg-Fysiotherapie (SROF).

**Niet aanwezig:**  
1. Myrthe Simon-Konijnenburg, Richtlijnadviseur VvOCM i.v.m. ziekte;  
2. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG); konden niemand afvaardigen;  
3. Chloé de Mortier, Projectleider JIT-training; kon niet aansluiten.

### 1. Opening, voorstelronde en programma

Prof. dr. Philip van der Wees (*onafhankelijk voorzitter*) heet iedereen van harte welkom en opent de invitational conference (IC). De kerngroep wordt voorgesteld, en ook de deelnemende partijen. Daarnaast wordt toestemming voor opname van de IC gevraagd. Het programma van de avond wordt kenbaar gemaakt

### 2. Inleiding van de richtlijn 'Schouder'

De aanleiding voor de ontwikkeling van de KNGF-richtlijn Schouderklachten wordt gegeven:

- In 2022 heeft er een evaluatie van de richtlijnenagenda plaatsgevonden. Dit doet het KNGF om te beoordelen welke kwaliteitsinstrumenten aan herziening, vervanging nodig zijn op basis van prioriteit in overleg met inhoudsdeskundigen en het werkveld. Zo beogen we de richtlijnen zo actueel mogelijk te houden. Op basis van deze beoordeling is er een hoge urgentie tot herziening van de het 'Evidence Statement Subacromiale klachten 2011' geconstateerd. De inhoudelijk experts geven aan dat de terminologie en definitiebepaling binnen de zorg voor patiënten met Schouderklachten is veranderd, waardoor er een urgentie is voor herziening. Aangezien Evidence Statements niet meer ontwikkeld worden, zou deze herziening in de vorm van een richtlijn plaats moeten vinden.
- Tenslotte rechtvaardigt de grote patiëntenpopulatie de ontwikkeling van een richtlijn Schouderklachten.

### 3. De planning

De planning van de richtlijn en de voorbereidende fase wordt gegeven.

2024												2025												
dec	jan	febr	mrt	apr	mei	jun	jul	aug	sept	okt	nov	dec	jan	febr	mrt	apr	mei	jun	jul	aug	sept	okt	nov	dec
									1				2				3							

- Aanlooffase
- Voorbereidingsfase
- Ontwikkelfase (deel 1,2,3)
- Commentaarfase
- Autorisatiefase
- Implementatiefase/disseminatiefase

In de voorbereidingsfase zijn de volgende bijeenkomsten gepland:

- 5 maart 2024: Invitational conference
- 11 maart 2024: Focusgroep fysio- en oefentherapeuten
- 18 maart 2024: Focusgroep patiënten
- 10 april 2024: Werkgroepbijeenkomst 1 (informatie)
- 24 april 2024: Werkgroepbijeenkomst 2
- 14 mei 2024: Klankbordgroepbijeenkomst
- Terugkoppeling naar de werkgroep
- Juni 2024: Het raamwerk 'KNGF-richtlijn 'Schouderklachten'

#### 4. Toelichting van het doel van de invitational conference

Het doel van de invitational conference is:

- te bepalen of de knelpunten herkend worden
- Inventariseren of er nog knelpunten ontbreken
- om de geïnventariseerde knelpunten te concretiseren
- gezamenlijk bediscussiëren welke knelpunten als meest belangrijk ervaren worden.

#### 5. Afbakening

Knelpunten die in deze richtlijn worden opgenomen richten zich op:

- Beoogde doelgroep: patiënten met Schouderklachten. Verdere afbakening zal plaatsvinden in de voorbereidingsfase.
- Beoogde gebruikers van de richtlijn. Deze generieke richtlijn is primair gericht op fysiotherapeuten en oefentherapeuten die patiënten behandelen met Schouderklachten. Overige zorgverleners. De richtlijn is ook relevant voor andere zorgverleners die betrokken zijn bij de begeleiding en behandeling van patiënten met Schouderklachten. Daarnaast is deze richtlijn relevant voor patiënten, beleidsmakers en andere organisaties die betrokken zijn bij de begeleiding en behandeling van patiënten met Schouderklachten. Dit betekent dat we geen aanbeveling zullen opstellen bedoeld voor andere zorgverleners.
- Het aantal uitgangsvragen wat we binnen de looptijd van dit project kunnen beantwoorden is beperkt. We richten ons op 8-10 uitgangsvragen en dit aantal is afhankelijk van de methode die we inzetten om de uitgangsvragen te beantwoorden.
- We ontwikkelen richtlijnen om de kwaliteit van zorg voor patiënten met Schouderklachten te verbeteren. Patiënt-relevante uitkomsten staan dus centraal in richtlijnen. De aanwezigen worden erop geduid zich af te vragen of als men een knelpunt/vraagstuk beantwoord/oplost, men daadwerkelijk een uitspraak kunt doen over wat dit betekent voor de patiënt. Of dat men hier wellicht een keten van vragen zou moeten beantwoorden om tot die conclusie te komen? Er wordt een voorbeeld gegeven van de GRADE-methode voor diagnostische testen.
- Er worden vragen gesteld over de richtlijnen-systematiek, modulaire aanpak en het beantwoorden van de uitgangsvragen. Deze worden toegelicht door Philip.

#### 6. Discussie in subgroepen

De deelnemers worden ingedeeld in 3 subgroepen waarin zij de volgende stappen doorlopen.

- Stap 1. Inventariseren of er knelpunten ontbreken.  
Er zijn een aantal partijen die nog niet in staat zijn geweest om knelpunten aan te leveren. Deze worden toegevoegd op Excel sheet als knelpunt.
- Stap 2. Worden de knelpunten herkend?  
Een aantal partijen hebben vooraf schriftelijk knelpunten aangeleverd. Zijn deze herkenbaar? Zijn de knelpunten ook herkenbaar voor de partijen/personen die nog geen knelpunten hebben aangeleverd?
- Stap 3. De 5 belangrijkste knelpunten worden geconcretiseerd naar een uitgangsvraag.
- Indien mogelijk. Stap 4. Er wordt een prioriteit gegeven aan de belangrijkste 5 uitgangsvragen.

#### 7. Plenaire terugkoppeling en poll

Er wordt een terugkoppeling gegeven van de subgroepen.

In alle groepen zijn geen aanvullende knelpunten omhoog gekomen vanuit de afgevaardigden of personen.

- Subgroep 3 (Bart):

In subgroep BART zijn we niet alle onderstaande knelpunten langsgelopen - de uiteindelijke prioritering - 1) welke diagnostische indeling/classificatie is zinvol voor een fysiotherapeut te maken? - welke aangrijpingspunten voor fysiotherapie zijn hieraan gekoppeld (dus overzichtelijk, te onderscheiden, medebepalend voor de keuze van interventies)? Stellingen 3 (is SAPS wel OK), 11 (eerst

begrijpen 'welke' container aanwezig is), 10 (probeer te komen tot een classificatie), 13 (welke subpopulatie), 16, 21 (wat is SAPS) vallen hieronder.

2) welke prognostische indeling/factoren - inclusief psychosociale factoren zijn van belang - welke aangrijpingspunten voor fysiotherapie zijn hieraan gekoppeld? 3) aandacht voor organisatie van zorg in het bijzonder - wat is de waarde van multidisciplinaire behandeling en de rol van fysiotherapie hierbij? stellingen 6, 10, 17 vallen hieronder.

Prognostische factoren zijn factoren die als de Schouderklachten aanwezig zijn, het beloop bepalen. Prognostische factoren maken het mogelijk in te schatten welk plan van aanpak voor die SP-patiënt geschikt is.

Er zijn zowel somatische (stijfheid, krachtsverlies, motor control, fitheid) als ook niet-somatische (sensitisatie, zelfvertrouwen, zelfredzaamheid, verwachting, angst) prognostische factoren. Het gaat vooral om FT beïnvloedbare prognostische factoren.

In eerst instantie is het gegaan over waar de richtlijn over gaat, de afbakening en hoe breed moet de richtlijn zijn. Welke specifieke schouderpatiënten hebben we het over?

Daarnaast bleek dat de fysiotherapeut erg blij wordt van een indeling of het vaststellen van parameters van de patiënten bij aanvang van het traject op basis van diagnostiek en prognostiek en hieraan gekoppeld welke optimale behandeling daarbij hoort. Welke prognostische variabelen zijn van belang bij Schouderklachten en zijn meetbaar voor de fysio- of oefentherapeut? Hierbij kwam bij de beïnvloedbare prognostische factoren met name aandacht voor de psychologische variabelen die van belang zijn voor de klacht, maar ook een relatie hebben voor de therapeutische interventies van de fysio- of oefentherapeut.

Ook hebben we het over de organisatie van zorg gehad en dan willen we beantwoorden wat de waarde is van de multidisciplinaire aanpak van Schouderklachten en de rol van de fysio- of oefentherapeut daarbinnen?

- o Subgroep 1 (Tim)

Tijdens de discussie heeft de vraag centraal gestaan: "waar zou de richtlijn over moeten gaan?"

Er wordt getwijfeld over de brede scope van de richtlijn.

Als het nodig is om te versmallen, dan ligt een afbakening rondom patiënten met SAPS het meest voor de hand.

- Daar liggen veel knelpunten
- Hoge prevalentie, dus grote groep
- Veel praktijkvariatie
- Nieuwe inzichten

Diagnostische vragen:

"Er zijn veel vragen over diagnose m.b.t. specifieke testen"

Echter, in de discussie de volgde zijn diagnostische vragen nauwelijks meer aan de orde gekomen.

Prognostische vragen:

Het belang van het opnemen van prognostische knelpunten/modules kwam sterk naar voren. Daarbij ging het met name over prognostische modellen, met variabelen zoals geslacht, leeftijd, BMI, rookgedrag, etc. die het ontstaan én het in stand houden (of snelheid van herstel) van Schouderklachten kan voorspellen.

Dit is van belang omdat:

- Verwachtingsmanagement richting patiënt
- Educatie (richting patiënt) is anders
- Heeft invloed op de therapiekeus, frequentie daarvan, en duur

Daarmee wordt ook de relatie met interventieknelpunten gemaakt (3 bulletpoints).

De kennis van prognostische factoren wordt van belang geacht voor het maken van optimale keuzes voor interventie-type, -duur, -intensiteit en -inhoud.

Ook wordt er aangegeven dat in de NHG richtlijn soms wordt gekozen voor afwachtend beleid. Vragen die daarbij spelen:

- Voor welke patiënten geldt dit? Welke patientkenmerken?
- Voor welke aandoeningen?
- Bij welk verwacht beloop? (normaal / afwijkend)

Organisatie van zorg:

Het belang voor aandacht voor organisatie van zorg wordt ook besproken.

Daarbij gaat het zowel om overdracht van informatie als samenwerking met andere beroepsgroepen en verbijzonderde fysiotherapeuten (bijv. oncologie).

Ook is er toenemende aandacht voor de psychosociale component bij Schouderklachten de laatste jaren. Ook als het gaat over pijnbeleving (waar komt de pijn vandaan?) Dit zou ook terug moeten komen in de richtlijn.

- o Subgroep 2 (Karin)

In de Excel sheet is stap 2 & 3 genoteerd. Er is veel overlap met de vorige groepen. Er is ook een behoefte aan het indelen van patiënten, maar bij voorkeur in grove indelingen.

Ook de prognostische variabelen zijn uitvoerig besproken. Wat is meetbaar en noodzakelijk om te meten (arbeid gerelateerde parameters, werkverzuim, arbeidsbelasting, psychosomatiek, slaaphygiëne).

Organisatie van zorg: In de organisatie van zorg werd met name de communicatie tussen de onderlinge disciplines benoemd (spreken van elkaars taal). Hoe kan je elkaar vinden? Specifiek in die groep werden de arbeid gerelateerde vraagstukken genoemd; hoe kunnen we toch de connectie gaan maken met de bedrijfsartsen vanuit de fysiotherapie.

## 8. Samenvatting

Philip vat de terugkoppeling samen.

- Er is behoefte aan een definiëring of indeling van Schouderklachten waardoor er een eenduidige taal komt.
- Wat betekent dit voor je therapie? Hier zit het knelpunt niet op het welke type/vorm interventie je inzet, maar wel hoe je bv. FITT factoren (type, intensiteit) toepast binnen de type/vorm of arbeids- en kanker specifieke interventies.

Het wordt de kunst om hier de afbakening voor te vormen in het richtlijnenproces.

**9. Vervolg en korte vragen.**

Daniëlle ligt de procedure nog toe (zie agendapunt 3)

De notulen van deze invitational conference, zal worden gedeeld met alle betrokken partijen of personen. Er is gelegenheid tot commentaar en aanvullingen hierop.

Ook het raamwerk wordt gedeeld in juni met de partijen en personen. Mocht hier nog commentaar op zijn

Er wordt gevraagd hoe de focusgroep van patiënten wordt georganiseerd. Dit loopt via de Patiëntenfederatie, middels de database die zij beheren (ikzoekeenpatient.nl). Daar wordt een oproep gedaan en zo breed mogelijk palet aan patiënten gerekruteerd.

**10. Afsluiting**

De bijeenkomst wordt afgesloten.